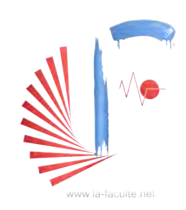
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













STAPHYLOCCOCIES :

I. Définition :

- *infection par staphylocoque qui est une bactérie grame positive*
- *infection intense aigue et prolongée*

II. Epidémio :

1) Agent pathogène :

- *Cocci grame positive, non capsulé, groupé en tétrade ou bien en grain de raisins, très résistant en ½ extérieur et peu exigeant en culture du part l'appeptude de produire la coagulase on distingue :*
  - *a- Staph à coagulase +if : S. aureus → pathologie communautaire ++++*
  - *b- Staph à coagulase –if : S. épidérmidis → pathologie nosocomial ++++*

2) Réservoir :

- *L'homme est le principal réservoir (malade ou porteurs sains qui héberge nombreuses souches au n° de la peau et la fosse nasale ect)*

3) Transmission :

- *Contamination dans l'espace, l'air, l'eau*
- *Transmission : directe : à partir des lésions ouverts (cutanées+++) ou indirecte : par l'intermédiaire des mains responsable des infections nosocomials*

4) Porte d'entrée : *cutanée+++, à la faveur d'une excoriation, d'un plaie, point d'injection*

III. Physio-path :

- *Suppuration consiste dans la constitution des thromboses septiques sous l'action de la coagulase, et la fibrinolyse physiologique fragmente le thrombus source de la métastase septique à l'origine d'un foyer II aire*
- *Le staph possède de nombreux facteurs de virulences :*
  - *Ag pariétaux qui s'opposent dans l'opsoniation et la phagocyte*
  - *Enzymes qui favorisent la diffusion locale du germe et la modification de sa paroi supposant ainsi à l'action d'ATB*
  - *Le staph a la faculté d'adhésion aux structures inerte (corps étranger, prothèse) et la production d'un film exo-polysaccharidique (SLIM) qui le protège à l'action de système de défense et aux ATB → passage à la chronicité responsable à des manifestations toxiniques (sd de choc toxique et sd des enfants ébouillantés)*
  - *Le staph pose un problème de résistance aux ATB surtt pour les infections nosocomials et l'émergence récente des souches résistantes aux VANCOMYCINE laisse entrevoir une impasse thérapeutique.*

IV. Clinique :

1) Staphyloccocies cutanée-muqueuses :

a- Staphylococcies épidermiques :

- ***L'impétigo :***
- *de nature staphylococcique mais aussi streptococcique*
- *cutanée+++ très contagieux+++ se voit des formes épidémique dans les connectivités des enfants*
- *sont des bulles à nbr variable et à contenu claire sur une base inflammatoire*
- *qq H → bulle se détache pour donner une croute jaunâtre très prurigineuse*
- *le siège électif : face, cuir chevelu, les extrémités des MB*
- *examen directe → ADP satillaires*

b- onyxis et périonyxis :

- *atteinte des mûrs inguinales*

c- staphylococcies des follicules pilo-sébacés :

- ***forme aigue superficiel :*** *à suppuration au n° d'orifice folliculaire*
- ***forme aigue profonde :*** *consiste un abcès intra-folliculaire qui aboutir à la nécrose de tte l'appareil pilo-sébacé*

d- forme des NN et des NRS :

- *aspect particulier tel que l'omphalite, mammite, abcès des cuirs chevelus*

2) staphylococciémie :

a- forme aigue fulminante = staphylococciémie maligne de la face :

- *constituf à un furoncle de la face*
- *localisation : lèvre sup, sillon naso-géniale, l'aile de nez*
- *transmise par des manouvres intenpitives donnant des cellulites qui sont placard rouge violacé froid peu douloureux au début sans bourrelés périphériques évoluent rapidement*
- *extension vers le tissu cellulaire retro-orbitaire entraine une protrusion de globe oculaire et un* ***chémosis*** *et peut s'associer des cordons veineux thrombo-phlébetiques et l'atteinte de sinus caverneux entrainant une méningo-encéphalite*
- *hyperthermie et AEG sont intenses*
- *on peut avoir une splénomégalie de type 1 lors l'examen clinique*
- *la mort peut survenir en 2-5jrs avant même l'efficacité de traitement ATB*

b- sépticopyohémique :

- *décharge répétée à partir d'un foyer initial méconnu de staph dans le sang*
- *évoluent avec une Fièvre ossillantes et frisson répétitif*
- *début : installation brutal d'un tableau infectieux {F° 40°, frisson après qq H→ sd septicémique avec des localisations II aires} oriente vers l'origine staph*
- *F° 39°,40° continue+++, ossillante++, mais peut être remplacé par hypothermie*
- *Frisson sont intense associés à des sueurs abondante inondent la malade*
- *AEG+++, malade est immobile, très asthénique, peuvent présenter une irritabilité, obnubilation, parfois délire*

- *Pouls rapide (pas de dissociation) et hypo TA*
- *T. digestives fréquentes (diarrhée, VMT), les urines sont rares et foncés (oligurie)*
- *Examen clinique :*
  - *météorisme abdominal (enfants et NRS ++++)*
  - *splénomégalie type 1 (valeur septicémique) incte*
  - *parfois associé à une discrète hépatomégalie*
  - *les lèvres sont fuligineuses, langue sèche, parfois sub-ictère conjonctival*
- *devant ce tableau : **« systématiquement on doit rechercher une porte d'entrée (furoncle, panaris ,plaie infecté) ainsi des localisations II aires (pulmonaire, ostéo-articulaire, uro-génital, cardiaque, neurologique) »***
- *présence de certains manifestations évocatrices : cutanée la plus fréquente et précoce tel que purpura vésiculo-fistuleux traduisant des embolies microbiennes fait des éléments variables*
- *l'effet des tâches pupurique centré par des vésicules purulentes → siège électivement aux extrémités des MB, face dorsale des doigts, poignet, main, pieds, donc les prélèvements permettre l'identification de germe à l'examen direct et à la culture*

3) staphylococcie ostéo-articulaire :

a- ostéomyélite aigue hématogène :

- *Localisation : cartilage de conjugaison (loin de coude pré des genoux)*
- *Symptôme : bruyante, dlr juxta hypiphysaires, trans-fixiante.*
- *Radio des zones décalcifiés avec des périoste sans rupture de la corticale d'où l'intérêt de la syntigraphie osseuse*

b- Spondylite :

- *Le plus souvent secondairement lombaire, intéressant le corps vertébral seulement l'arc post, on peut avoir la forme aigue abcédé et des formes chronique*
- *Tableau clinique : dlr fébrile pseudo-rhumatismale avec radiculalgie*
- *Hémoculture : rarement positive*

4) Localisation pulmonaire :

- *Fréquente*
- *Pneumopathies staphylococciques de l'adulte peut donner des abcès du poumons ou infiltrations parenchymateuses avec des micro-abcès et des bulles svt compliquer à des PyoPNO*
- *Radio : images divers*

5) Uro-génetale :

- *Type : pyo-néphrite aigue se rencontre chez les diabétiques et se complique volontiers des nécroses papillaires des reins*

a- Abcès de rein : constitutive à des bactériémies peut évoluent en phlegmons péri-néphrétique nécessite un drainage chirurgical

b- Abcès de prostate : complication fréquente des formes sub-aigue et le dg fait par la TR.

6) Endocardite :

- Redoutable à un taux de mortalité peut dépasser 50%, on distingue :
  - a- Endocardite sur valve native : S. aureus +++ : particulièrement chez les toxicomane en IV
  - b- Endocardite sur valve prothétique : S. épidermidis +++ : responsable de la désinsertion de matérielle étrangers

7) Neuro-méningé :

- a- Abcès de cerveau : +++ développé à partir d'un foyer ORL+++
- b- Méningite purulente : d'origine traumatique ou chirurgicale

V. Dg +if :

- Anamnèse : PE+++
- Clinique
- Dg de certitude : repose sur l'isolement de bactérie dans le sang (hémoculture) ou dans les lésions
- ❖ Culture : ½ standard au sang et de CHAPMAN
- ❖ Identification : formes subaiguë déjà traité on recherchera des anti-staphylo-lysine

VI. Traitement :

A- Curatif++++

- ❖ Armes : ATB anti-staph :
- Betalactamine : Peni M (oxacilline), C1G, C2G
- Macrolide apparentés : Pristinamycine (pyostacine*)
- Aminosides : Gentamycine
- Fleuroquinolone

> ✓ Glycopeptides (vancomycine), rifampicine, fusfomycine, acide fucidique sont des anti-staph majeurs donné en cas d'infection à staph méti-R tjs en bithérapie.

B- CAT :

1. Staphylococcie maligne de la face à staph méti-S :

- Furoncle → traitement locale
- Lésion généralisé : double ATB en association
- ❖ Oxacilline { 100-200mg/kg/j → **Enfant** et 6-12g/j → **Adulte** } en 3 inj/j en IM 15jrs
- ❖ Gentamycine { 3mg/kg/j → **Enfant** et 160mg/j → **Adulte** } en 1 inj en IM 7à8jrs

le relis :

- ❖ Relis : Pyostacine : {50mg/kg/j → **Enfant** (sirop) et 2-3g/j → **Adulte**} en 2 prises, la durée totale : 2à4 semaine donc en totale le trt dure : 4-6semaines

2. Staphyloccocie méti-R :

- ❖ Vancomycine : 30-40 mg/kg/j → **Enfant** et 1-2g → **Adulte** en 3-4 perfusions pdt 15jrs **associé avec :** gentamycine, **le relis** avec la pyostacine
- En cas d'allergie aux bétalactamates : on utilise les glycopeptides

C- Traitement de la porte d'entrée (PE).